



Anschrift:

Gerätetyp: cobas b 101 System	Serien - Nr.:	Test: cobas b 101 CRP Test	Kontrolllösung: cobas b 101 CRP Kontrolle
---	----------------------	--------------------------------------	---

Einheit: mg/L mg/dL	Analyt: CRP	Untersuchungsmaterial: Kapillares Vollblut/Serum Venöses Vollblut/Plasma mit Li-Heparin Venöses Vollblut/Plasma mit K ₂ -, K ₃ -EDTA
----------------------------------	-----------------------	--

Datum und Uhrzeit der Messung	Untersucher Name und Unterschrift	Teststreifen Chargen-Nr./Lot No.	Kontrolllösung Chargen-Nr./Lot No.	Kontrollproben-Messwert	Zielwert	Zulässiger Bereich	Messwert im Toleranzbereich (ja/nein)	Beurteilung <small>(wenn Kontrollprobeneinzelwert vom Toleranzbereich abweicht, muss der Vorgang wiederholt und dokumentiert werden)</small>

Es wird bestätigt, dass die interne Qualitätssicherung den Richtlinien der Bundesärztekammer entspricht

Verantwortlich: _____

Kontrollen i.O.: _____

Datum/Unterschrift: _____

5 Jahre Aufbewahrungspflicht